

F a m i l i e n p l a n u n g s - R U N D B R I E F

Ausgabe Dezember 1999 Nr. 4

Inhalt

<i>Einleitung</i>	3
<i>Sexualität und Krebs</i>	4
<i>Liste der Medikamente mit möglicher Beeinflussung sexueller Funktionen</i>	13
<i>IPPF Informationen</i>	20
<i>Hinweise</i>	
– <i>Cerazette®, eine neue Minipille</i>	21
– <i>Ovovesta, vom Markt genommen</i>	21
– <i>Lovely Card</i>	21
– <i>Pro Dry-Aktivschutz</i>	21
– <i>BzgA-Bericht</i>	22
<i>Veranstaltungskalender</i>	23

Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V., Bundesverband

**PRO
FAMILIA**

Impressum: © 1999
Herausgeber: PRO FAMILIA-Bundesverband
Redaktion: Dr. med. Ruth Eichmann, Frankfurt am Main
Dr. med. Ines Thonke, Frankfurt am Main
Dr. med. Jutta Walter, Heidelberg
Anschrift: PRO FAMILIA-Bundesverband
Stresemannallee 3
60596 Frankfurt am Main
Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA).

Einleitung

Schwerpunkt dieses Familienplanungs-Rundbriefes ist das Thema „Sexualität und Krebs“. Damit wird zugleich auf zwei Bereiche des menschlichen Lebens eingegangen, die trotz sexueller Aufklärung und zunehmenden Kenntnisstandes über Krebserkrankungen immer noch mit einem gewissen Tabu behaftet sind. Nicht selten werden sexuelle Beeinträchtigungen, die durch eine Krebskrankheit an sich und/oder durch die notwendigen therapeutischen Maßnahmen hervorgerufen worden sein können, im Arzt-Patienten-Gespräch ausgeklammert. Bei Patienten besteht zwar oft das Bedürfnis über Veränderungen der sexuellen Erlebnisfähigkeit zu sprechen, aber Ängste und Schamgefühle, insbesondere wenn die Sexualität negativ beeinflusst wird, hindern Patienten daran, den behandelnden Arzt anzusprechen.

Von Seiten des Arztes mag die Schwierigkeit im Umgang mit sexuellen Störungen darin liegen, dass seine Ausbildung auch in der Onkologie auf eine technisierte Medizin mit hochentwickelten, zeitaufwendigen chirurgischen, chemotherapeutischen und radiologischen Behandlungsstrategien hin ausgerichtet ist. Psychologische Gesichtspunkte wie z.B. das Umgehen mit Beeinträchtigungen des sexuellen Erlebens und Verhaltens laufen Gefahr, in den Hintergrund gedrängt zu werden. Abgesehen von den psychosomatisch bzw. psychotherapeutisch orientierten Ärzten besteht bei vielen ein Defizit an sexualmedizinischen Kenntnissen oder diese sind eingeschränkt auf physiologische oder endokrinologische Daten der sexuellen Funktion. Hinzukommt, dass es Ärzte oft auf Grund einer fehlenden oder unzureichenden Ausbildung in beratender Gesprächsführung vermeiden, eine Sexualberatung anzubieten und die Patienten weiterverweisen. Dies bedeutet für den Patienten eine neue Hürde, die er oft nicht zu überwinden vermag, so dass letztlich ein Gespräch über den Umgang mit der durch die Krankheit veränderten Sexualität nicht stattfindet.

Verschiedene medizinische Gesellschaften und Kliniken bemühen sich dieser ungleichen Gewichtung zwischen rein somatisch orientierter Medizin und „sprechender Medizin“ entgegen zu wirken. Sie entwickeln Weiterbildungskonzepte,

um sexualmedizinische Beratungs- und Behandlungskompetenz zu fördern.

Es liegt nahe, dass sich PRO FAMILIA in ihrer Eigenschaft als Deutsche Gesellschaft für Sexualberatung des Themas „Sexualität und Krebs“ ebenfalls annimmt. Zum einen sind bei den ärztlichen MitarbeiterInnen von PRO FAMILIA Beratungskompetenz und sexualmedizinisches Wissen vereinigt, zum anderen kann durch die im Allgemeinen gewährleistete Zusammenarbeit von Ärztin mit Psychologe/in oder Berater/in auch eine interdisziplinäre Vorgehensweise angeboten werden.

Nachstehendes Referat „Sexualität und Krebs“ fasst die Themen einer vom Bundesverband der PRO FAMILIA im Oktober 1999 veranstalteten medizinisch-wissenschaftlichen Fortbildung zusammen und macht ferner mit den Ergebnissen einiger neuerer Publikationen bekannt. Der Bericht und die Literaturempfehlungen können nur als Anregung zur Vertiefung in den Themenkreis verstanden werden.

In den weiteren Rubriken ist wie üblich Aktuelles nachzulesen.

Sexualität und Krebs

Wer sich mit dem Thema „Sexualität und Krebs“ auseinandersetzen will, sollte sich stets vor Augen halten, dass die Diagnose „Krebs“ bei den meisten Menschen zu einer schweren Lebenskrise führt, die durch Verunsicherung und Ängste gekennzeichnet ist. Die Krebserkrankung an sich und ihre Behandlung können einschneidende physische, psychische und soziale Veränderungen bedeuten. Deshalb erfordert die Einstellung auf die neue Situation vom Patienten eine nicht zu unterschätzende Verarbeitungsleistung. Unter dem Eindruck der Diagnose „Krebs“ sind zunächst alle Gedanken und jedes Handeln auf die medizinische Therapie und das Überleben ausgerichtet, während das spezielle Thema „Sexualität“ in dieser Phase meist noch irrelevant ist. Sexualität nimmt jedoch wieder einen wichtigen Platz ein, wenn die Betroffenen in den Lebensalltag zurückgekehrt sind, insbesondere dann, wenn sich durch die Krankheit und/oder die Behandlung Beeinträchtigungen auf dem Gebiet der Sexualität eingestellt haben.

Die im folgenden behandelten und teilweise in einem Fortbildungsseminar vermittelten Erkenntnisse sind von besonderer Bedeutung bei Krebserkrankungen und basieren auf nationalen und internationalen Studien.

Allgemeines zur Psychoonkologie

Heute ist eine Vielfalt von psychischen Beeinträchtigungen bei Krebskrankheiten bekannt. Sie werden im Allgemeinen auch anerkannt. Außerdem gibt es Hilfen, die Lebensqualität und Überlebenszeit in positiven Sinne zu beeinflussen. Ein Mangel besteht jedoch noch an ausreichenden psychologischen Beratungsangeboten.

Studien über psychische Erkrankungen bei Krebspatienten während der letzten 20 Jahre haben gezeigt, dass etwa 50 Prozent der ambulant und stationär behandelten Tumorkranken psychische Störungen mit Krankheitswert aufweisen. Davon waren 85 Prozent Angst- und/oder Depressionsstörungen. Die Störungen lassen sich in drei Kategorien einordnen:

1. Psychische Vorerkrankungen, die durch die Belastungen der Krebserkrankung verstärkt zum Ausdruck kommen

2. Psychische Störungen ausgelöst durch ein Krebsleiden (somatopsychische Leiden)
3. Psychische Störungen als Folge einer Krebstherapie.

Tabelle 1 nach R. Schwarz

Klassifikation psychischer Störungen bei Krebskranken

1. Psychische Vorerkrankungen:

- Manifeste psychische Erkrankungen – bestanden zeitlich vor dem Krebsleiden und haben Einfluß auf die Anpassung an die Krankheitssituation
- Latente psychische Erkrankungen (spezifische Konfliktlabilität, Persönlichkeitseigenheiten) werden durch das Krebsleiden, bzw. dessen Folgen manifest

2. Psychische Begleiterkrankungen, ausgelöst durch ein Krebsleiden bzw. dessen Therapie bei vorbestehender unspezifischer Vulnerabilität (z.B. sekundäre Hypochondrie)

3. Psychische Folgeerkrankungen: Diese Erkrankungen wären ohne die Belastung nicht entstanden, sie sind durch diese verursacht, nicht nur ausgelöst.

- Psycho-vegetative und kognitive Nebenwirkungen der Behandlung z.B.:

- „ANV-Syndrom“ bei Chemotherapie (Anorexia, Nausea, Vomiting), Fatigue
- kognitive Beeinträchtigungen, Delirien, organische Psychosen, etc.
- Affektlabilität, innere Unruhe

- Unspezifische Reaktionen auf schwere Belastungen als Anpassungsstörungen, infolge kumulativer Traumatisierung:

- akute Belastungsreaktion (Krisenreaktion, psychischer Schock)
- posttraumatische Belastungsstörung (traumatische Neurose)
- Anpassungsstörungen
- (posttraumatische) Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung

- Für die jeweiligen Tumorlokalisationen typischen psychosozialen Beeinträchtigungen und Störungen mit persönlichkeitspezifischen psychischen Ausdrucksformen

- Beeinträchtigte Sexualität bei entsprechender Tumorlokalisation
- Soziale Isolation bei Gesichts- und Kehlkopftumoren, etc.
- Selbstbildstörungen

- Paraneoplastische Syndrome mit psychischer Symptomatik

4. Störungen in Partnerschaft und Familie

Interessant erscheinen in diesem Zusammenhang mehrere epidemiologische Studien (Schepank 1987, WHO 1995), wonach in der Allge-

meinbevölkerung 26 Prozent der Menschen psychisch behandlungsbedürftig sind. In der ärztlichen Praxis ist jeder vierte Patient in seiner psychischen Befindlichkeit eingeschränkt. Den Befunden ist zu entnehmen, dass psychische Erkrankungen bei Krebspatienten gegenüber der Allgemeinbevölkerung überrepräsentiert sind. Krebserkrankungen stellen demnach ein erhebliches zusätzliches Risiko für psychische Erkrankungen dar. Nicht zutreffend ist jedoch, dass manifest psychisch Kranke im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung ein größeres Krebsrisiko aufweisen.

Psychische Begleitphänomene bei Krebserkrankungen

Die am häufigsten beobachteten psychischen Reaktionen bei schweren körperlichen Krankheiten, wie Krebs, drücken sich in Angst und Depressionen aus.

Angst in Verbindung mit der Krebskrankheit wird bei Betroffenen durch die Feststellung genährt, dass ihr bisheriges Wissen und Können in Bezug auf das Krankheitsgeschehen nicht anwendbar ist und dass es aussichtslos erscheint, die Krankheit mit eigenen Mitteln unter Kontrolle zu bringen. Vielmehr müssen sie sich in fremde Hände begeben und sich Fremden ganz anvertrauen.

Krebs wird allgemein mit Siechtum, Schmerz, „nicht behandelbar“ und Tod gleichgesetzt und löst wohl deshalb in der Gruppe der schweren Krankheiten am meisten Angst aus, wie die Er-

gebnisse einer Umfrage zum Thema „Vor welchem Krankheitsereignis haben Sie am meisten Angst?“ verdeutlichen. Nachstehende Angaben wurden dabei gemacht (mehrere Angaben möglich):

Krebs	64,5 Prozent
Alzheimer	31,7 Prozent
MS	13,3 Prozent
AIDS	10,8 Prozent
Herzinfarkt	5,5 Prozent

Betroffene haben Angst vor

- der Diagnose,
- der Hilflosigkeit und Abhängigkeit,
- sozialer Ausgrenzung, weil sie nicht mehr zu den Gesunden gehören,
- qualvollen Schmerzen,
- der Therapie und ihren Nebenwirkungen,
- operativen Eingriffen,
- möglicher Verstümmelung,
- der ungewissen Zukunft („Damokles-Syndrom“)
- vor einem Rezidiv.

Jede körperliche Symptomatik verursacht Ängste, weil die Frage auftaucht, ob sie mit der Krebserkrankung zusammenhängt. Schließlich besteht häufig Angst vor dem Sterben und dem Tod, Themen, die in unserer Gesellschaft immer mehr ausgegrenzt werden. Verstärkt findet sich Angst in der Zeit des Wartens auf einen Befund, bei der Einleitung von Therapiemaßnahmen, zum Zeitpunkt eines Rezidivs und bei Metastasierung.

Angstverstärkende Momente und Ausdrucksformen der Angst fasst R. Schwarz in Tabelle 2 und Tabelle 3 zusammen.

Tabelle 2

Angstverstärker

Vermeidbare Angstverstärker:

- Empathiestörungen beim medizinischen Personal
- Wartezeiten und unfreundliches Ambiente
- dramatisierende Schilderungen von Mitpatienten
- ungenügende Symptomkontrolle (Schmerzen, psychische Symptome, etc.)

Unvermeidbare Angstverstärker:

- Belastungen durch Krankheit und Behandlung
- Therapeutische Erfolgsunsicherheit
- Ungünstige Krankheitszeichen
- Organfehlfunktionen
- Verzichtleistungen

Tabelle 3

Emotionaler, körperlicher und behavioraler Ausdruck der Angst		
Gefühle, Gedanken	Körperliche Phänomene	Verhaltensweisen
- emotionale, kognitive Ebene	- physiologische Ebene	- behaviorale Ebene
<ul style="list-style-type: none"> • Bedrohtheitsgefühl • Unruhe, Gespanntheit, Erregung • Mißstimmung, Gereiztheit, Angstdepression • Merk-, Denk- und Konzentrationsstörungen • Affektlabilität • Angststupor, etc. • Gedankenkreisen • „black out“ 	<ul style="list-style-type: none"> • Anstieg von Herzfrequenz, Atmung und Blutdruck • Schwitzen, Unruhe, Zittern • Erweiterung der Pupillen • Mundtrockenheit • Darm- und Nierenaktivität erhöht • Übelkeit, Erbrechen, Schwindelgefühle • Abgeschlagenheit 	<ul style="list-style-type: none"> • Vermeidungsverhalten • Aktivismus • Offensives, kontraprobisches Verhalten • Bei Krebs: z.B. Hinwendung zur Alternativmedizin • Alkoholabusus (zur Anxiolyse) • Medikamentenabhängigkeit (oft iatrogen induziert)

Neben der Angst zählen bei Krebspatienten die Depressionen zu den häufigsten psychischen Störungen. Angst und Depressionen können sich zu unterschiedlichen Zeiten im Krankheitsverlauf einstellen, wobei die Symptome zwischen Angst und Depression fließend sind. Einerseits beeinträchtigen depressive Störungen erheblich die Lebensqualität der Krebspatienten und können andererseits den Krankheitsverlauf ungünstig beeinflussen. Tabelle 4 (nach R. Schwarz) zeigt das manifolde Erscheinungsbild von Depressionen bei Krebspatienten.

Risikofaktoren

Es gibt individuelle psychosoziale Faktoren, die das Risiko des Auftretens von psychischen Störungen bei Krebskranken begünstigen. Solche Faktoren sind: jüngeres Alter, traumatische Vorerfahrungen, aktuelle Konflikte und Belastungen (z.B. Scheidung, Arbeitslosigkeit), geringes Selbstwertgefühl, unzureichende soziale Unterstützung, frühere psychische Erkrankungen,

Sucht, regelmäßige Einnahme von Psychopharmaka. Auch die Mitteilung eines Rezidivs wird als Risikofaktor angesehen. Beobachtet wurde ferner, dass eine schlechte Prognose, ein langer Verlauf und starke körperliche Beeinträchtigungen zur Entwicklung von depressiven Störungen beitragen.

Sexuelle Störungen bei Krebspatienten

Für viele Krebspatienten haben Veränderungen oder gar der Verlust des sexuellen Erlebens und Verhaltens erkennbare Auswirkungen auf Lebensqualität, Selbstwertgefühl und Zufriedenheit in der Partnerschaft. Es gibt jedoch bisher keine umfassenden Untersuchungen darüber, welche Krebspatienten besonders gefährdet sind, an sexuellen Problemen zu leiden und welche die Krebserkrankung und/oder ihre Behandlung verursacht. Klinische Erfahrungen weisen allerdings auf einige augenfällige Tatsachen hin. Jüngere Patienten leiden spürbarer unter sexuellen Störungen als ältere.

Tabelle 4

<u>Ebenen der Manifestation depressiver Symptomatik</u>		
<u>Gefühle, Gedanken</u>	<u>Körperliche Phänomene</u>	<u>Verhaltensweisen</u>
- emotionale, kognitive Ebene	- physiologische Ebene	- behaviorale Ebene
<ul style="list-style-type: none"> • traurige Verstimmtheit, bzw. seelisch-körperliche Herabgestimmtheit • Leistungsversagen, Willen- und Interessenlosigkeit • Anhedonie, Negativismus • Gereiztheit, Mißgestimmtheit, Angst • Minderwertigkeitsgefühle, Schuld, Scham; negat. Lebensbilanz; Glaubensverlust • Denkstörungen, Ideenarmut, Grübelneigung • Suizidgedanken, Lebensüberdruß • Wahnvorstellungen: Schuld, Armut, Krankheit 	<ul style="list-style-type: none"> • Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust • Müdigkeit, Schlafstörungen, • sexuelle Inappetenz, reduzierte Vitalität: Kraft-, Energielosigkeit; • erniedrigter Grundumsatz und Körpertemperatur • Magen-Darm-Störungen: z.B. Obstipation • „vibrirende“ Gespanntheit, leerer Beschäftigungsdrang • motorische Verlangsamung • Leibföhlstörungen: Enge- und Druckgefühle ohne organischen Befund • rheumatoide Muskelbeschwerden 	<ul style="list-style-type: none"> • sozialer Rückzug, Interessenlosigkeit und Teilnahmslosigkeit bei gleichzeitigem Anklammern • Entschlußunfähigkeit, Zögerlichkeit • Vernachlässigung der Körperpflege • Arbeitsstörungen, verminderte Leistungsfähigkeit, Verlust des Arbeitsplatzes

Erschwerend bei jungen Patienten wirkt sich oftmals der Verlust der Fertilität aus, wodurch das Selbstwertgefühl und die Lebensplanung erschüttert werden, wie z.B. beim Ovarialkarzinom oder Hodenkrebs oder nach aggressiver Chemotherapie. Als weitere Risikofaktoren werden genannt: Ehelosigkeit; kleine Zahl von Ehejahren; häufige und wechselnde sexuelle Beziehungen; sexuelle Störungen in der Vorgeschichte; bei Frauen sexueller Mißbrauch.

Diese eher allgemeinen Erkenntnisse dürfen jedoch nicht davon ablenken, welche Bedeutung die Sexualität jeweils für den einzelnen Menschen hat. Zu beachten ist, dass sich für viele Menschen die Einschätzung der Sexualität in den jeweiligen Lebensabschnitten ändert. So ist z.B. auch zu verstehen, dass Patienten in ganz unterschiedlicher Weise auf krankheitsbedingte Einschränkungen ihrer Sexualität reagieren.

Bei der Entstehung sexueller Störungen haben nach S. Zettl körperliche und/oder psychosoziale Faktoren eine ursächliche Wirkung:

Körperliche Ursachen:

- allgemeine Verschlechterung des körperlichen Befindens durch die Krebserkrankung und deren Behandlung
- Krebsbefall des Zentralnervensystems (Gehirntumor) einschl. des Rückenmarks (Querschnitt)
- Krebs- oder behandlungsbedingte unmittelbare anatomische Schädigung von Geschlechtsorganen, z.B. Mammaablatio
- Krebs- oder behandlungsbedingte Veränderungen sexueller Funktionen, z.B. mangelnde Lubrikation nach Strahlentherapie des Bauchraums
- Krebs- oder behandlungsbedingte Veränderungen des Körpers, die die Sexualität indirekt beeinflussen können, z.B. die Anlage eines künstlichen Darmausganges
- Wundschmerzen nach operativen Eingriffen
- Schmerzen bei der Kohabitation durch operationsbedingte Lageveränderungen innerer Organe oder Verwachsungen
- Krebs- oder behandlungsbedingte Infertilität, z.B. nach Hysterektomie

Psychosoziale Ursachen:

- Konfrontation mit der Diagnose Krebs und deren Auswirkungen auf das Selbsterleben und Selbstwertgefühl
- Beeinträchtigung des Empfindens der eigenen Attraktivität, z.B. durch Gefühle von Scham oder Ekel nach Stomaanlage
- Krankheits- und therapiebedingte depressive Verstimmungen
- Fehlvorstellungen und Wissensdefizite, z.B. das vermeintliche Risiko, sich bei einem Krebspatienten oder einer –patientin beim sexuellen Verkehr „anstecken“ zu können
- sexuelle Versagensängste
- falsche Erwartungen, z.B. dass der Partner keinen sexuellen Verkehr mehr wünscht
- durch die Erkrankung krisenhaft ausgelöste, zuvor latente Partnerschaftskonflikte

Zu beachten ist weiterhin, dass einige Medikamente, die in der Krebstherapie eingesetzt werden, Einfluß auf die sexuelle Reaktion bzw. Funktion haben können (siehe Anhang).

Sexualverhalten nach speziellen Krebsoperationen

Brustkrebs

Vor ca. 40 Jahren wurden erstmals Untersuchungen über Sexualität und Lebensqualität bei Frauen nach radikaler Mastektomie (operative Entfernung der weiblichen Brust) durchgeführt. Heute ist bekannt, dass zu den häufigsten psychologischen Problemen, die bei Brustkrebs postoperativ beobachtet werden, sowohl Depressionen als auch eine mit dem Selbstbild des Körpers verbundene Hypochondrie sowie Einbußen an sexueller Funktion zählen. Nicht bestätigt werden konnten die Mutmaßungen, dass eine brusterhaltende Operation anstatt einer kompletten Mastektomie die Lebensqualität verbesserte. Allerdings hatten Frauen, die brusterhaltend operiert wurden, ein besseres Selbstbild von ihrem Körper.

In einer italienischen Studie (S. Barni, Monza) wurden 50 Patientinnen im Durchschnitt 2,9 Jahre nach einer Brustoperation befragt. 42 Prozent waren brusterhaltend operiert worden, 88 Prozent erhielten zusätzlich Chemotherapie. In der Zeit der Brustkrebstherapie traten häufig sexuelle Dysfunktionen auf, wie Libidoverlust bei 46 Prozent, fehlender Orgasmus bei 44 Prozent, trockene Scheide bei 42 Prozent. Außerdem ergab

die Studie die nachstehenden bemerkenswerten Aussagen:

- 38 Prozent der Patientinnen brachten die sexuelle Störung ausschließlich mit der Krebstherapie in Zusammenhang
- 36 Prozent hatten schon vor dem Eingriff sexuelle Probleme
- Fast die Hälfte empfanden auch positive Auswirkungen der Krebstherapie im Hinblick auf die Partnerbeziehung. 62 Prozent der Patientinnen besprachen ihre psychischen, emotionalen und sexuellen Probleme mit dem Partner.

Wiederholt wird darauf hingewiesen, dass bei Aussagen über Störungen, deren Ursache mit der Krebstherapie in Zusammenhang gebracht wird, das Alter der Frau mit einbezogen werden muß. So sind die Nebenwirkungen einer Therapie und die Wirkungen physiologischer Alterungsprozesse, z.B. bei menopausalen Frauen, auseinanderzuhalten.

Zervixkarzinom

Aus einer Studie des Jahres 1989 über den Einfluß verschiedener Therapieformen beim Zervixkarzinom (Krebs des Gebärmutterhalses) auf die sexuelle Aktivität ist zu entnehmen, dass im frühen Stadium des Gebärmutterhalskrebses ein radikaler chirurgischer Eingriff zu weniger Störungen führte als die Strahlentherapie. Dagegen konnten in einer neueren Studie aus dem Jahre 1999 keine Störungen der sexuellen Aktivität in Abhängigkeit von der Therapieart – sei es Operation oder Radiotherapie oder Kombination beider Behandlungsmethoden – festgestellt werden. In dieser Studie wurden 256 Patientinnen mit Zervixkarzinom in frühem Stadium (IB oder IIA) befragt. Das führte im Vergleich zu einem gleichaltrigen gesunden Kollektiv zu folgenden Ergebnissen: Die Krebspatientinnen berichteten häufiger von einer ungenügenden vaginalen Lubrikation und einer kurzen oder nicht ausreichend elastischen Scheide mit den damit verbundenen Beschwerden beim Geschlechtsverkehr. Frequenz von Orgasmen und die dadurch ausgelöste Befriedigung war bei beiden Gruppen ähnlich.

In situ-Karzinom der Vulva

(Vulva = äußere weibliche Geschlechtsteile)

Bei dieser Art von Krebs erwies sich hinsichtlich der Erhaltung der sexuellen Funktion die weit-räumige lokale Exzision der radikalen Vulvektomie überlegen.

Prostatakrebs

Seit neuer Möglichkeiten der Früherkennung und seit der Einführung verbesserter Operationstechniken, bei welchen die für die Erektion und Ejakulation entscheidenden Nerven weitgehend unversehrt bleiben, sind die Nebenwirkungen nach einer radikalen Prostataentfernung geringer geworden. Trotzdem klagen 80 Prozent der Männer nach einer radikalen Prostatektomie über Erektionsstörungen. Ein definitiver Befund zur erektilen Potenz ist erst ein Jahr nach der Operation möglich. Als weitere nachteilige Nebenwirkung der Prostatektomie wird die Inkontinenz genannt. Sie tritt bei 69 Prozent der operierten Männer auf. Dieser Kontrollverlust über die Blase ist sehr von Scham besetzt, und es dauert bisweilen Jahre, ehe Betroffene darüber reden. Bemerkenswert sei hier, dass mit gezielter Information und Training des verbleibenden Schließmuskels der Inkontinenz entgegen gewirkt werden kann, so dass die meisten Männer beschwerdefrei werden.

Auch bei Zystektomie (Entfernung der Harnblase) und bei kolorektaler Resektion (teilweise Entfernung des Mastdarms) kann dank verbesserter Operationsmethoden, die erektile Potenz weitgehend erhalten bleiben.

Therapeutische Hilfen bei Krebserkrankungen

Der krebserkrankte Patient bedarf außer der medizinischen Versorgung (z.B. Behandlung von Schmerzen oder Behandlung von Therapie-Nebenwirkungen, wie etwa durch die Chemotherapie verursachte Übelkeit) einer individuellen Strategie zur Krankheitsbewältigung.

Ein bewußter Versuch zur Krankheitsbewältigung drückt sich in der Suche nach Information und Sinn des Zustandes aus, sowie in der Suche nach sozialer Unterstützung. In diesem Falle setzen sich die Patienten mit der Krankheit auseinander und informieren sich beispielsweise über alternative Heilverfahren. Es ist die zweithäufigste Frage, die nach dem Vorhandensein solcher Mittel und Methoden gestellt wird. 60

Prozent aller Tumorpatienten nehmen zusätzlich alternative Methoden wahr.

Auch die aus der Psychologie bekannten Formen der Angstbewältigung (Abwehr, Verleugnung, Rationalisierung, Regression, Projektion, Aggression, Somatisierung, Umwandlung von passivem Verhalten in aktives Verhalten) sind bei Krebspatienten in den einzelnen Krankheitsphasen zu beobachten.

Die psychoonkologische Intervention wird immer darauf abzielen, die subjektive Lebensqualität Krebskranker zu verbessern. Dabei geht es um eine allgemeine basale psychosoziale Unterstützung der Patienten mittels mündlicher und schriftlicher Informationen. Zum anderen gibt es das Angebot einer spezifischen psychotherapeutischen Intervention mit dem Ziel, das seelische Wohlbefinden des/der Einzelnen zu stärken. Erfahrungsgemäß stellt sich ein langfristiger Erfolg nach 4 bis 12 Therapiesitzungen innerhalb von 2 bis 3 Monaten ein.

Spezielle Informationen sind insbesondere wichtig bei der Bewältigung von krankheits- und behandlungsbedingten Beeinträchtigungen des sexuellen Erlebens und Verhaltens. Die präoperative Aufklärung und die postoperative Beratung erweisen sich im allgemeinen als hilfreich beim Umgang mit der veränderten Situation und geben den Anstoß, neue Formen körperlicher Nähe und Befriedigung zu entdecken.

Zum Beispiel sollte bei der Beratung von Männern mit Prostatakrebs nicht nur die Information über den möglichen Verlust der erektilen Potenz gegeben werden, der viele Patienten vor der zwar effektiven aber radikalen Prostatektomie zurückschrecken läßt, sondern es sollte auch darauf hingewiesen werden, dass das Entstehen sexueller Wünsche und die Fähigkeit, Lust und Orgasmen zu empfinden, durch die Operation nicht in Mitleidenschaft gezogen werden.

Ferner darf nicht versäumt werden, Männer auch über die mögliche medikamentöse Behandlung der erektilen Dysfunktion aufzuklären. Eine zeitweilige Versteifung des Gliedes kann ausgelöst werden durch ein gefäßwirksames Medikament, das in den Penisschwellkörper gespritzt (SKAT = Schwell-Körper-Autoinjektions-Therapie) wird oder als Pille oder Zäpfchen (MUSE = Medicated Urethral Stimulated Erection) in die Harnröhre verabreicht wird. Neuerdings kann eine Erektion auch durch die orale Einnahme von Sildenafil (Viagra®) erreicht werden.

Auch mit einer speziellen Vakuumpumpe, die auf den Penis aufgesetzt wird, kann eine Erektion

erzielt werden. Die Kosten für dieses Hilfsmittel werden von den Kassen übernommen.

Schließlich sei noch erwähnt, dass Penisprothesen eingesetzt werden können.

Beim Hodenkrebs, insbesondere bei jungen Männern mit noch nicht abgeschlossener Familienplanung, darf der Hinweis auf die Möglichkeit der Kryokonservierung der Spermien vor der Krebstherapie nicht unterlassen werden. Eine Kryokonservierung von Eizellen ist weniger erfolgreich.

Bei Frauen ist die Dyspareunie (schmerzhafter Geschlechtsverkehr) eines der häufigsten sexuellen Probleme nach Krebsbehandlungen. Der Einsatz von vaginalen wasserlöslichen Gleitgels beim Geschlechtsverkehr kann Abhilfe schaffen. Empfohlen wird auch, bequemere Stellungen beim Verkehr auszuprobieren und Übungen zur Muskelentspannung zu machen. Den Umständen entsprechend ist auch die Anwendung von vaginalen Dilatatoren zu erwägen.

Über sexuelle Lustlosigkeit nach einer Krebsbehandlung beklagen sich sehr häufig sowohl Männer wie Frauen. Selten ist der Libidoverlust durch hormonelle Defizite bedingt; viel eher durch die depressive Begleitkrankheit oder durch den körperlichen Erschöpfungszustand. Die Einnahme von Medikamenten (Opiate, serotonergische Antidepressiva, Antihypertensiva, Antiemetika) kann ebenso Grund für die Lustlosigkeit sein. Nicht auszuschließen ist, dass Lustlosigkeit oft Ausdruck der emotionalen Befindlichkeit nach Verlust der Attraktivität oder sexuellen Funktion ist.

Als therapeutische Möglichkeiten kommen hier Maßnahmen in Frage, die der Förderung der sexuellen Phantasie dienen und der körperlichen Anregung mit Hilfe von sexuell stimulierenden Materialien, ausgedehntem Liebespiel und Vibratorstimulation. Medikamente, die sich auf das sexuelle Erleben und Verhalten auswirken, sollten durch andere ersetzt werden und chronische Schmerzen und ein Erschöpfungssyndrom entsprechend behandelt werden.

Zu weiteren therapeutischen Hilfestellungen zählen:

- Einsatz körpertherapeutischer Verfahren, z.B. KBT (konzentrierte Bewegungstherapie)
- Entspannungsübungen
- Autogenes Training
- Selbstsicherheitstraining

- Einbeziehung der Familienangehörigen in die Beratung, insbesondere des Ehe- oder Lebenspartners.

Verhütung, Kinderwunsch und Schwangerschaft bei Krebserkrankung

In der Praxis ergeben sich abhängig vom Alter der Patienten und der Art der Krebserkrankung folgende Fragen:

- Welche sichere, verträgliche Verhütungsmethode ohne Einfluß auf die Krebserkrankung ist anzuwenden?
- Ist Krebs mit Kinderwunsch vereinbar, bzw. läßt sich ein Kinderwunsch nach der Krebsbehandlung erfüllen?
- Wie ist vorzugehen bei Schwangerschaft und gleichzeitiger Diagnose „Krebs“?

Die meisten Verhütungsfragen betreffen die hormonelle Kontrazeption. *Taubert, H.-D. und Kuhl, H.* geben u.a. folgende Empfehlungen. Bei der Diagnose „Mammakarzinom“ muß „die Pille“ sofort abgesetzt werden, da etwa ein Drittel der Fälle von Brustkrebs Östrogenrezeptoren enthalten, d.h. östrogenabhängig ist. Insbesondere bei jungen Patientinnen mit einer Erkrankung im frühen Stadium und somit günstiger Prognose werden reversible Barriere-Methoden (Diaphragma, Kondom, Spirale) empfohlen. Bei abgeschlossener Familienplanung sollte die Tubensterilisation in Betracht gezogen werden. Bei einem Mammakarzinom, das keine Östrogenrezeptoren enthält, können nach Behandlungsabschluß Kombinationspräparate gegeben werden, vorzuziehen sind jedoch reine Gestagen-Präparate (z.B. Medroxyprogesteron) in Form von Depot-Präparaten. Auch bei Rezeptor-positivem Mammakarzinom ist später nach einem individuell festzusetzenden Intervall die Verschreibung reiner Depot-Gestagen-Präparate möglich.

Bei Dysplasien der Zervix kann nach Sanierung der Zervix die Einnahme oraler Kontrazeptiva fortgesetzt werden. Die zytologische Überwachung ist notwendig.

Die Anwendung niedrigdosierter Kombinationspräparate nach erfolgreicher Eierstock erhaltender Behandlung eines Ovarialkarzinoms ist möglich, zumal bekannt ist, dass die Inzidenz des Ovarialkarzinoms durch Ovulationshemmer herabgesetzt wird.

Absolut kontraindiziert ist die hormonale Kontrazeption beim hepatozellulären Adenom.

Das Melanom stellt keine Kontraindikation für orale Kontrazeptiva dar.

Die Bereiche „Kinderwunsch“ und „Schwangerschaft“ sollten jeweils in einem ausführlichen Beratungsgespräch erörtert werden, das sowohl die emotionale Situation der Betroffenen berücksichtigt als auch auf alle medizinischen Möglichkeiten erschöpfend eingeht. Dabei kann z.B. über die bereits erwähnte Kryokonservierung der Spermien (S. 10) informiert werden.

Die Möglichkeit je nach Krebsart eine bestehende Schwangerschaft auszutragen, abzubrechen, die Behandlung in der Schwangerschaft zu beginnen oder aufzuschieben kann nach Vorliegen der Befunde nur von dem Experten mit der Schwangeren individuell entschieden werden.

Krebs und Partnerschaft

In mehreren Studien wurde nachgewiesen, dass in Familien mit krebserkrankten Angehörigen eine Kommunikationsveränderung eintritt. Dies betrifft sowohl das Allgemeinverhalten als auch den Themenbereich der Sexualität. Die Betroffenen sprechen nicht über ihre Probleme, weil sie ihre Umgebung nicht belasten wollen, und der gesunde Partner spricht nicht über Probleme, um den Kranken zu schonen. Dieses Verhalten kann zu einem Verlust von Intimität und Hilfsbereitschaft führen. In einem Artikel über „Bedeutung der Krebserkrankung für die Paarbeziehung“ befasst sich *J. Kepplinger* mit internationalen Studien und berichtet auch über eigene Untersuchungsergebnisse bei Paaren, bei denen ein Partner krebserkrank war. Danach geben Krebspatienten den Lebens- oder Ehepartner als die wichtigste Unterstützungsquelle an, insbesondere was die emotionale Unterstützung anbelangt. Der gesunde Partner spielt eine herausragende Rolle bei der Krankheitsverarbeitung des Patienten. Kranke, die in einer guten Beziehung lebten, waren weniger depressiv und haben sich besser der Krankheit angepasst. Die soziale Unterstützung durch den gesunden Partner wirkte sich ferner positiv auf die Überlebenszeit aus, und das psychische Wohlbefinden des Patienten war stark abhängig von der Zufriedenheit mit den Hilfsangeboten des gesunden Partners.

Es konnte aber andererseits festgestellt werden, dass auch der gesunde Partner durch das Krankheitsgeschehen betroffen und deshalb genötigt ist, den ihm aufgelegten Part zu verarbeiten. Wenn dem gesunden Partner diese Verarbeitung nicht gelingt, kann es zu partnerschaftlichen Problemen kommen. Das trifft unter ande-

rem dann zu, wenn die Anpassung an die Erkrankung des Angehörigen scheitert und die Erbringung von Unterstützung eine Überforderung bedeutet. In derartig gelagerten Fällen können spezifische psychologische Gesprächsangebote hilfreich sein. Ganz allgemein sind bei der Beratung von Paaren und Familien mit einem krebserkrankten Angehörigen einige grundlegende psychoonkologische Interventionsformen angebracht. Sie sind in der Tabelle 6 (nach *J. Kepplinger*) zusammengestellt.

Tabelle 6

- Förderung der gemeinsamen Information der Familie (oder wichtiger Angehöriger/Vertrauter) über die Erkrankung, Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten;
- Begünstigung von emotionaler Kommunikation und Austausch auch in bezug auf angemessenen Ausdruck negativer Gefühle;
- Förderung des Erwerbs von Bewältigungsfertigkeiten durch Kontakt mit anderen Patienten und deren Familien;
- Gezielte sozialrechtliche Beratung;
- Praktische Hilfen bei spezifischen Problemsituationen, v.a. in der häuslichen Versorgung;
- Sensibilisierung und Informierung des Personals in bezug auf Bedürfnisse und Probleme der betroffenen Familie.

Zusammenfassend lässt sich sagen:

- eine fachkundige, psychosoziale Behandlung bzw. Betreuung wirkt Lebensqualität erhaltend und Überlebenszeit verlängernd. Sie kann die onkologische Diagnostik und Behandlung entscheidend unterstützen.
- Eine ausführliche Anamnese ermöglicht es, Risikofaktoren und damit gefährdete Patienten zu erkennen
- Patienten teilen sich zu Fragen der Sexualität nicht oder nur selten mit. Jedoch zeigen die praktischen Erfahrungen, dass sie es sehr wohl begrüßen, darauf angesprochen zu werden. Die Mehrzahl sieht ein psychotherapeutisches Gespräch als eine hilfreiche Ergänzung der Behandlung an.
- Angehörige von Krebspatienten brauchen ebenfalls psychosoziale Hilfe, um zum einen mit der eigenen Belastung umgehen zu lernen, und um zum anderen ihre Unterstützungsfunktion für den Krebskranken zu erhalten.

Literatur

- Barni, S. et al. Brustkrebs: Sexualverhalten nach der Operation. Referiert in Gebfra 57, 10, 1997, A9
- Bergmark, K. et al. Vaginal Changes and Sexuality in Women with a History of Cervical Cancer. N. Engl. J. Med. 1999; 340: 1383-1389
- Degner, L.F. et al. Information Needs and Decisional Preferences in Women with Breast Cancer. JAMA 277, 1997, 1485-1492
- Ganz, P.A. Brustkrebs: Sexualverhalten nach der Operation. Referiert in Gebfra 57, 10, 1997, A9
- Kepplinger, J. Die Bedeutung der Krebserkrankung für die Paarbeziehung. Gebfra 59, 12, 1999, M171
- Schepank, H. 1987. Zitiert in R. Schwarz
- Schover, L.R. Sexual Dysfunction. Holland, J.C. (Ed) (1998): Psycho-Oncology. Oxford University press
- Schwarz, R. Angst und Depression bei Krebskranken. Onkologe (1996) 2: 582-592
- Taubert, H.D., Kuhl, H. Kontrazeption mit Hormonen 1995, Thieme Verlag
- Zettl, S., Sexualität nach Krebsoperationen. Gebfra 57, 2, 1997, M22
- Zettl, S., Schweigen ist Gold? – Zur vorherrschenden Praxis der Sexualberatung in der Onkologie. Gebfra 57, 11, 1997, M211
- Zettl, S., Hartlapp, S. (1997): Sexualstörungen durch Krankheit und Therapie. Springer, Heidelberg.

Anmerkung der Redaktion

Zur Vereinfachung der grammatikalischen Formulierung wurde jeweils die männliche Form für männliche und weibliche Patienten verwendet, wenn nicht ausdrücklich eine Unterscheidung erforderlich war.

Informationsmaterial für Patienten

- Zettl, S. Hartlapp, J. Krebs und Sexualität. Ein Ratgeber für Krebspatienten und ihre Partner. Weingärtner-Verlag, 1996. ISBN 3-9804810-0-X
- Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V. B 6 10/11, 68159 Mannheim. Broschüre: Krebspatient und Sexualität (1995)
- Prostatakrebs. Broschüre
- Film über die Anwendung der Vakuumpumpe als Erektionshilfe

Informationen für Berater/innen

- siehe obige Literaturangaben und
- Zettl, S. (1996) Krankheitsbedingte sexuelle Störungen. Der Praktische Arzt 33 (15):59-61. 33 (16):49-50.
- Zettl, S. (1998): Sexualität gehört auch als Thema in die Krebsnachsorge. Ärztliche Allgemeine 9 (16):33-34.
- Film: „Der Indianer“

Anhang: Medikamente mit möglicher Beeinflussung sexueller Funktionen

(Zettl, S., Hartlapp, S., 1997)

Wirksubstanz	Mögliche Nebenwirkung
Acebutolol	Erektionsstörung
Acetazolamid	Verminderte Appetenz
Alacepril	Erektionsstörung
Alpha-1-Rezeptorenblocker	Erektionsstörung
Alprazolam	Priapismus Verminderte Appetenz
Amilorid	Ejakulationsstörung Orgasmusstörung
Aminocaprinsäure	Verminderte Appetenz
Amitryptilin	Erektionsstörung
Amoxapin	Ejakulationsstörung Verminderte Appetenz
Amphetamin	Erektionsstörung Schmerzhafte Ejakulation Retrograde Ejakulation
Amsacrin	Verminderte Appetenz Erektionsstörung <i>Bei chronischem Mißbrauch:</i> Ejakulationsstörung, Orgasmusstörung (bei weiblichen Patienten)
Anabolika	Abnahme der Konzentration und Beweglichkeit der Spermien
Anastrozol	Virilisierung bei weiblichen Patienten
Androgene	Spermatogenesehemmung
Angiotensin-Converting-Enzym-Hemmer	Verminderte Lubrikation
Apraclonidin	Spermatogenesehemmung
Atenolol	Erektionsstörung
Atorvastatin	Verminderte Appetenz
Baclofen	Erektionsstörung
Barbiturate	Erektionsstörung Ejakulationsstörung
Benezepiril	Verminderte Appetenz
Benzodiazepine	Erektionsstörung
Bepridil	Verminderte Appetenz Menstruationsstörungen
Betarezeptorenblocker	Verminderte Appetenz
Betanidin	Erektionsstörung
Betaxolol	Erektionsstörung Retrograde Ejakulation
Bezafibrat	Verminderte Appetenz
Bicalutamid	Erektionsstörung Verminderte Appetenz Gynäkomastie

	Verminderte Appetenz Erektionsstörung
Bisoprololfumarat	Verminderte Appetenz Erektionsstörung
Bromocriptin	Erektionsstörung Schmerzhafte klitorale Tumescenz
Bumetanid	Erektionsstörung Vorzeitige Ejakulation
Buserelin	Verminderte Appetenz Erektionsstörung Hodenatrophie
Buspiron	Priapismus
Busulfan	Amenorrhö Männliche Sterilität
Butyrophenon	Erektionsstörung
Cabergolin	Schmerzen in den Brüsten
Captopril	Erektionsstörung
Carbamazepin	Erektionsstörung
Carvedidol	Erektionsstörung
Chlomipramin	Verminderte Appetenz Erektionsstörung Ejakulationsstörung Schmerzhafte Ejakulation Orgasmusstörung
Chlorambucil	Amenorrhö Männliche Sterilität
Chlordiazepoxid	Ejakulationsstörung
Chlorpromazin	Verminderte Appetenz Erektionsstörung Ejakulationsstörung Priapismus
Chlorprothixen	Ejakulationsstörung
Chlortalidon	Verminderte Appetenz Erektionsstörung
Cilazapril	Erektionsstörung
Cimetidin	Verminderte Appetenz Erektionsstörung
Citalopram	Verminderte Appetenz Erektionsstörung Ejakulationsstörung Schmerzhafte Regelblutung Orgasmusstörung (bei der Frau)
Clofibrinsäure, -derivate und Strukturanaloga	Verminderte Appetenz Erektionsstörung
Clonidin	Verminderte Appetenz Erektionsstörung
Clozapin	Verzögerte oder retrograde Ejakulation Verminderte Appetenz Erektionsstörung Priapismus
Cyclophosphamid	Amenorrhö Männliche Sterilität
Danazol	Verminderte Appetenz oder Appetenzsteigerung
Desipramin	Verminderte Appetenz Erektionsstörung Schmerzhafter Orgasmus

Dexamethason	Störung der Sexualhormonsekretion Amenorrhö Hirsutismus
Diazepam	Erektionsstörung Verminderte Appetenz Erektionsstörung Ejakulationsstörung Verzögerter oder ausbleibender Orgasmus (bei weiblichen Patienten)
Diazoxid	Verminderte Appetenz
Diclofenac	Schmerzen im Bereich der Gebärmutter verstärkter Regelschmerzen bzw. -blutungen Zwischen- und Vaginalblutungen
Diethylpropion	Verminderte Appetenz Erektionsstörung Gynäkomastie
Digitalispräparate	Verminderte Appetenz Erektionsstörung
Dihydralazin	Erektionsstörung
Disopyramid	Erektionsstörung
Disulfiram	Erektionsstörung
Doxepin	Verminderte Appetenz Ejakulationsstörung
Enalapril	Erektionsstörung
Estradiol	Appetenzveränderungen Erektionsstörung Gynäkomastie Spannungsgefühle in der Brust Empfindlichkeit der Brustwarzen
Estramustin	Kurzdauernde Schmerzen oder Mißempfindungen (Hitzegefühl) im Bereich des Perineums und der Prostata Appetenzstörung Erektionsstörung
Ethosuximid	Appetenzsteigerung
Famotidin	Erektionsstörung
Fenfluramin	Verminderte Appetenz oder Appetenzsteigerung Erektionsstörung
Fluoxetin	Vermindert Appetenz Ejakulationsstörung Orgasmusstörung Spontane Orgasmen Penile Anästhesie
Fluphenazin	Verminderte Appetenz Erektionsstörung Ejakulationsstörung Schmerzhafter Orgasmus Priapismus
Flutamid	Gynäkomastie u./o. Brustschmerzen Verminderte Appetenz Einschränkung der Spermatogenese
In Kombination mit LH-RH-Analoga	Verminderte Appetenz Erektionsstörung
Fosinopril	Erektionsstörung
Furazolidon	Störung der Spermatogenese
Gabapentin	Erektionsstörung

Gemfibrozil	Verminderte Appetenz Erektionsstörung
Gestagene	Dysmenorrhö Zwischenblutungen Virilisierung
Glucocorticoide	Störungen der Sexualhormonsekretion (z.B. Amenorrhö, Erektionsstörung)
Goserelin	Verminderte Appetenz Erektionsstörung
Guanethidin	Verminderte Lubrikation Verminderte Appetenz Erektionsstörung Ejakulationsstörung Retrograde Ejakulation
Guanfacin	Erektionsstörung
Haloperidol	Erektionsstörung Schmerzhafte Ejakulation
Heparin (systemische Anwendung)	Priapismus (Einzelfälle)
Hydralazin	Erektionsstörung Priapismus
Hydrochlorothiazid	Erektionsstörung
Imipramin	Verminderte Appetenz Erektionsstörung Ejakulationsstörung Schmerzhafte Ejakulation
Indapamid	Verminderte Appetenz Erektionsstörung
Indometacin	Verminderte Appetenz Erektionsstörung
Interferon-a	Verminderte Appetenz Erektionsstörung
Ketoconazol	Störungen der Spermatogenese Verminderte Appetenz Erektionsstörung
Letrozol	Vaginalblutung
Leuprorelinacetat	Verminderte Appetenz Erektionsstörung Verkleinerung der Hoden Gynäkomastie Verminderte Lubrikation
Levodopa	Appetenzsteigerung
LH-RH-Agonisten	Verminderte Appetenz Erektionsstörung Hodenatrophie (selten)
Lisinopril	Erektionsstörung
Lithium	Verminderte Appetenz Erektionsstörung
Lorazepam	Verminderte Appetenz
Losartan	Verminderte Appetenz Erektionsstörung
Maprotilin	Verminderte Appetenz Erektionsstörung
Melperon	Verminderte Appetenz
Methadon	Verminderte Appetenz Erektionsstörung Ejakulationsstörung Orgasmusstörung

Methantheiliniumbromid	Erektionsstörung
Methotrexat	Erektionsstörung Störungen der Spermatogenese Störungen der Ovulation
Methyldopa	Verminderte Appetenz Erektionsstörung Ejakulationsstörung Gynäkomastie Orgasmusstörung (bei weiblichen Patienten)
Metoclopramid	Verminderte Appetenz Erektionsstörung
Metoprolol	Erektionsstörung
Mexiletin	Verminderte Appetenz Erektionsstörung
Mitoxantronhydrochlorid	Amenorrhö
Morphinsukfat	Verminderte Appetenz Erektionsstörung
Nafarelin	Verminderte oder gesteigerte Appetenz Erektionsstörung Verminderte Lubrikation Vaginaler Ausfluß Dyspareunie Veränderung der Brustgröße (Ab-/Zunahme) Brustschmerzen
Naltrexon	Erektionsstörung Ejakulationsstörung
Naproxen	Erektionsstörung Ejakulationsstörung
Nifedipin	Priapismus
Nizatidin	Verminderte Appetenz Erektionsstörung
Nortriptylin	Verminderte Appetenz Erektionsstörung
Omeprazol	Schmerzhafte nächtliche Erektionen
Opipramodoldihydrochlorid	Appetenzsteigerung (bei ängstl. Patienten)
Östrogene	Verminderte Appetenz
Östrogen-Gestagen-Kombinationen	Verminderte Appetenz (insbesondere bei adipösen Patienten) Zyklusstörungen Spannungsgefühle in der Brust
Oxybutynin	Erektionsstörung
Paroxetin	Verminderte Appetenz Ejakulationsstörung Priapismus Orgasmusstörung (bei weiblichen Patienten)
Perazindimalonat	Verminderte Appetenz Erektionsstörung Ejakulationsstörung Menstruationsstörungen Galaktorrhö Gynäkomastie
Pergolid	Appetenzsteigerung Spontane Ejakulationen Priapismus
Perindopril	Erektionsstörung
Perphenazin	Ejakulationsstörung
Phenoxybenzamin	Ejakulationsstörung

Phenytoin	Verminderte Appetenz Erektionsstörung
Pimozid	Priapismus Verminderte Appetenz Erektionsstörung
Piracetam	Ejakulationsstörung
Pravastatin	Gesteigerte Appetenz
Prazosin	Erektionsstörung
Prednimustin	Priapismus Störungen der Sexualhormonsekretion, z.B. Amenorrhö Hirsutismus
Primidon	Erektionsstörung Verminderte Appetenz
Probuco	Erektionsstörung
Procarbazin	Azoospermie
Propranolol	Verminderte Appetenz Erektionsstörung
Propanthelin	Erektionsstörung
Propofol	Appetenzsteigerung
Protionamid	Menstruationsstörungen Erektionsstörung
Quinapril	Erektionsstörung
Ramipril	Verminderte Appetenz Erektionsstörung
Ranitidin	Verminderte Appetenz Erektionsstörung
Rauwolfiawurzel	Erektionsstörung
Reserpin	Verminderte Appetenz Erektionsstörung
Retinoide	Ejakulationsstörung
Risperidon	Menstruationsstörungen Erektionsstörung
Roxatidin	Ejakulationsstörung
Selegilin	Orgasmusstörung Erektionstörung
Serotoninantagonisten	Verminderte Appetenz Orgasmusstörung
Simvastatin	Verminderte Appetenz
Spironolacton und -derivate	Erregungsstörungen Erektionsstörung
SSRI (Selektive Serotonin- Wiederaufnahmehemmer)	Verminderte Appetenz Zyklusstörungen Erektionsstörung Erhöhung oder auch Verminderung der Appetenz. Verzögerung der Ejakulation. Auswirkungen auf weibliche Sexualität noch ungeklärt.
Sulfasalazin	Erektionsstörung
Sulfonamide	Einschränkungen der Spermatogenese
Sulpirid	Zyklusstörung
Sympathomimetika	Gesteigerte Appetenz Appetenzstörung (bei chronischer Anwendung in hohen Dosen und bei Mißbrauch)
Tamoxifen	Erektionsstörung Zyklusstörungen

Terazosin	Vaginalblutungen
Testosteron	Priapismus
Thiazidderivate und Analoga	Erektionsstörung
Thioridazin	Priapismus
	Erektionsstörung
	Erektionsstörung
	Ejakulationsstörung
	Schmerzhafte Ejakulation
	Priapismus
	Orgasmusstörungen
Thiotepa	Amenorrhö
	Männliche Sterilität
Timolol	Verminderte Appetenz
	Erektionsstörung
Toremifen	Brustschmerzen
	Vaginalblutungen
Tranlycypromin	Gesteigerte Appetenz
	Erektionsstörung
	Ejakulationsstörung
	Schmerzhafte Ejakulation
Trazodon	Appetenzsteigerung
	Ejakulationsstörung
	Retrograde Ejakulation
	Priapismus
	Orgasmusstörung
	Kliitoraler Priapismus
Trifluoperazin	Schmerzhafte Ejakulation
	Spontane Ejakulationen
Tri- und tetrazyklische antidepressiva	Sexuelle Störungen
Tripolidin	Erektionsstörung
Venlafaxin	Erektionsstörung
	Ejakulationsstörung
	Orgasmusstörungen
Verapamil	Erektionsstörung
Zotepin	Verminderte Appetenz
	Erektionsstörung
	Ejakulationsstörung

IPPF- Informationen

Empfehlungen zur geeigneten Kontrazeption bei verschiedenen Erkrankungen

Für Frauen mit bestimmten Erkrankungen kann die Verhütung oder auch eine Schwangerschaft ein gesundheitliches Risiko darstellen. Die Risiken einer zuverlässigen Verhütungsmethode müssen gegen die Risiken einer Schwangerschaft abgewogen werden. Die IPPF Medical Bulletin vom Oktober 1999 hat Empfehlungen zur Verhütung bei unterschiedlichen Erkrankungen zusammengestellt. Betont wird, dass in dieser Klientinnengruppe die Unterstützung des Partners in der Auswahl und im Gebrauch der Methode besonders wichtig ist. Auch kann in der Verhütungsberatung die Konsultation des Hausarztes/der Hausärztin bzw. eines Spezialisten/Spezialistin erforderlich werden.

Bei kardiovaskulären Erkrankungen allgemein wird die Kupferspirale als gut verträgliche Methode genannt, da sie keine systemischen Nebenwirkungen besitzt.

Es finden sich Empfehlungen zur Kontrazeption bei speziellen kardiovaskulären Erkrankungen wie vorausgegangene thromboembolische Ereignisse und ischämische Herzleiden, bei denen Kombinationspräparate zur oralen Kontrazeption kontraindiziert sind sowie zu Herzklappenfehlern und vorausgegangenem Schlaganfall. Bei Bluthochdruck ist bei einer milden Form (RR 140-159/90-99) ohne zusätzliche Risikofaktoren wie Rauchen, Diabetes, Übergewicht oder Alter über 35 Jahre die Anwendung niedrig dosierter Kombinationspräparate zur oralen Kontrazeption möglich. Bei schwereren Formen des Bluthochdruckes muss bei gewünschter hormoneller Verhütung auf reine Gestagenpräparate zurückgegriffen werden.

Wie bei den kardiovaskulären Erkrankungen wird auch für Frauen mit Diabetes mellitus die Verordnung von hormonellen Kontrazeptiva in Abstimmung mit dem /der behandelnden Internisten/in empfohlen. Der wichtigste Faktor für die Auswahl des Kontrazeptivums ist, ob auf Grund der Stoffwechselerkrankung Gefäßveränderungen bzw. -komplikationen bestehen.

Bei Anfallsleiden wird darauf aufmerksam gemacht, dass verschiedene Antikonvulsiva die Effektivität von hormonellen Kontrazeptiva reduzieren können.

Weitere Erkrankungen, für die in dem Medical Bulletin Empfehlungen zur Kontrazeptionswahl gegeben werden, sind die Migräne (bei bestimmten Formen der Migräne sind Kombinationspräparate kontraindiziert), Lebererkrankungen, Krebserkrankungen, hämolytische Erkrankungen wie Eisenmangel-Anämie, Sichelzellanämie und Thalassämie, Infektionskrankheiten wie Tuberkulose und Malaria (zu HIV siehe Medical Bulletin 1998; 32(1):1-4), psychiatrische Krankheiten und geistige Retardierung.

Um im Einzelfall die geeignete Kontrazeption herauszufinden, kann also eine eingehende Beratung auch unter Hinzuziehung von FachärztInnen und zusätzlichen diagnostischen Maßnahmen erforderlich sein.

(Quelle: IPPF Medical Bulletin, Vol.33, No 5, Oct. 1999: IMAP statement on contraception for women with medical disorders)

Hinweise

Cerazette®, eine neue Minipille

Inzwischen ist eine neue Minipille von der Firma Organon auf dem Markt. Sie trägt den Namen Cerazette®, enthält 0,075 mg Desogestrel pro Filmtablette und wird mit 28 Filmtabletten pro Packung verkauft.

Der Einnahmemodus erfolgt wie bei allen Minipillen: Eine Pille alle 24 Stunden, durchgehend ohne Pillenpause. Eine Zeitverzögerung bei der Einnahme von maximal 3 Stunden ist zulässig.

Nach Vergessen einer Tablette muß für 7 Tage eine andere Verhütung angewendet werden.

Im Unterschied zu den bisherigen Minipillen, bewirkt Cerazette® in nahezu 100 Prozent eine Ovulationshemmung und erreicht damit einen Pearl-Index von 0,4 (im Vergleich Minipille mit 0,040 Levonorgestrel Pearl-Index 1,76)

Außerdem wirkt Cerazette® auf die Viskosität des Zervixschleims. Eine Senkung des Östrogenspiegels – entsprechend der frühen Follikelphase wurde unter Cerazette® festgestellt.

Indikationen und Kontraindikationen entsprechen denen der bekannten Minipillen.

Bei gleichzeitiger Einnahme von Medikamenten mit Leberenzym-induzierenden Eigenschaften (z.B. Baborate, Hydantoine etc.) ist eine Wirkminderung denkbar.

Bei 50 Prozent der Cerazette®-Benutzerinnen treten Blutungsstörungen auf:
20 – 30 Prozent häufigere, längere Blutungen,
20 Prozent seltene Blutungen bis Amenorrhö.

Nach mehrmonatiger Einnahme ist mit einer Verringerung der Blutungsstörungen zu rechnen. In seltenen Fällen wird über Nebenwirkungen wie Akne, Stimmungsschwankungen, Brustschmerzen, Gewichtszunahme, Übelkeit geklagt.

Wirkungen auf Kohlehydratstoffwechsel, Lipidprofil und Hämostase wurden bisher nicht beobachtet.

Eine eingehende Untersuchung mit Beratung vor der Verordnung ist unerlässlich.

Geeignet ist diese Minipille für Frauen, bei denen Östrogene kontraindiziert sind und in der Stillzeit. Die Milchmenge wird nicht beeinflusst. Übergang des Gestagens in die Muttermilch konnte in geringer Menge nachgewiesen werden.

Der Hersteller wirbt mit dem Satz: „Der erste östrogenfreie Ovulationshemmer“.

Kosten: DM 17,10 pro Packung

Ovovesta wird vom Markt genommen.

Die Firma Organon teilt ohne Begründung mit, dass das Pillenpräparat Ovovesta® vom Markt genommen wird.

Nach dem heutigen Kenntnisstand gilt Ovovesta mit 1 mg Lynrestrenol und 0,05 mg Ethinylestradiol als hochdosiertes Präparat.

„Lovely Card“ von Organon

Da die Sicherheit der Pille am häufigsten durch Anwendungsfehler gefährdet ist, hat Organon eine elektronische Erinnerungskarte entwickelt.

Mit einem Knopfdruck auf „Stopp/Start“ wird der gewünschte Einnahmezeitpunkt programmiert. Ein Piepton erinnert an die tägliche Tabletteneinnahme.

Die Karte ist für 3 Monate programmiert. Die Karte ist nur über Anforderungscoupons erhältlich, die der Außendienst der Firma an Gynäkologen/-innen verteilt.

Nähere Einzelheiten und ein Muster können PRO FAMILIA-Ärztinnen bei der Firma Organon erhalten.

„Pro Dry-Aktivschutz“ bei Streßinkontinenz

Bei „Pro Dry-Aktivschutz“ handelt es sich um einen Schwamm aus Polyvinylalkohol der in der Form einem großen Tampon ähnelt.

Vor der Benutzung wird „Pro Dry-Aktivschutz“ kurz in warmen Wasser eingeweicht, er wird damit anschiemig und kann in die Scheide eingeführt werden. Er wirkt wie eine mechanische

Stütze der Beckenbodenmuskulatur und unterstützt den Harnröhrenverschluß bei Streßinkontinenz. „Pro Dry-Aktivschutz“ ist ein Einmalprodukt und kann maximal 12 Stunden liegen bleiben (nicht während der Regelblutung). Ein angebrachtes Rückholband erleichtert die Entfernung. Das Produkt ist ein anerkanntes Hilfsmittel und kann verordnet werden. „Pro Dry-Aktivschutz“ wird den bekannten Behandlungsmöglichkeiten – insbesondere Beckenbodengymnastik – nicht ersetzen, sondern eher ergänzen. Weitere Informationen: Innocept Medizintechnik AG, Tel.: 02043/945-0

Frauen die Pille nur noch zu 43 Prozent genannt, das Kondom zu 34 Prozent und das Gebärmutterpessar bzw. die Spirale zu 18 Prozent.

Sterilisation als Verhütungsmethode spielt bei den jüngeren Frauen keine Rolle. In der Gruppe der 35- bis 44jährigen geben 5 Prozent der Frauen die Sterilisation als Verhütungsmethode an, weitere 5 Prozent verweisen auf die Sterilisation des Partners. In den höheren Altersgruppen steigt der Anteil derjenigen, die sich sterilisieren lassen an. Bei den 45- bis 49jährigen Frauen geben 7 Prozent eine Sterilisation an.

Bericht über eine Studie des BZgA: Pille und Kondom: Bevorzugte Verhütungsmittel

Die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) erhobenen Repräsentativdaten zu Verhütungsmethoden in der Bundesrepublik Deutschland aus dem Jahr 1998 liegen jetzt vor. Die aktuellen Auswertungen zeigen, dass über 70 Prozent der befragten 20- bis 34jährigen Frauen in der Bundesrepublik Deutschland Verhütungsmethoden anwenden. In der Gruppe der 35- bis 44jährigen Frauen verhüten noch 58 Prozent und bei den 45- bis 49jährigen Frauen noch 41 Prozent.

Die **Pille** steht an erster Stelle (58 Prozent) als bevorzugtes Verhütungsmittel bei den 20- bis 44jährigen Frauen, gefolgt vom **Kondom** (37 Prozent). Das zeigt, dass die Akzeptanz von Kondomen durch die Aidsprävention eine hohe Bedeutung erreicht hat. Nach Angaben der befragten Frauen in dieser Altersgruppe ist die Bereitschaft, Kondome anzuwenden, kontinuierlich angestiegen (von 29 Prozent im Jahr 1994 auf 37 Prozent in 1998). An dritter Stelle der Verhütungsmethoden folgt mit 12 Prozent die Spirale bzw. das Gebärmutterpessar. In den neuen Bundesländern verhütet ein deutlich höherer Anteil der Frauen (71 Prozent Ost versus 65 Prozent West im Alter zwischen 20 und 44 Jahren).

Bei den jungen Frauen zwischen 20 bis 24 Jahren spielt die Schwangerschaftsverhütung im Rahmen ihrer Lebensplanung eine große Rolle. Hier erreicht die Pille den Spitzenwert von 83 Prozent, an zweiter Stelle folgt mit 46 Prozent das Kondom. Im weiteren Lebenslauf werden auch andere Verhütungsmethoden verwendet. So wird bei den befragten 35 bis 44jährigen

Veranstaltungs- kalender

1. Interdisziplinärer Fortbildungskongreß –Risikofaktoren in Schwangerschaft und Stillzeit
17.-18. März 2000, Starnberg
Information: Kreiskrankenhaus Starnberg, Prof. Dr. F. Dittmar,
Tel.: 08151/18 310

24. Fortbildungstage für Sexualmedizin und Psychosomatik
zugleich 7. Jahrestagung der Akademie für Sexualmedizin
1.-3 Juni 2000, Innsbruck/Igls
Information: Prof. Dr. med. K. Loewit, Universitätsklinik für Med. Psychologie und Psychotherapie, Sonnenburgstr. 9, A-6020 Innsbruck
Tel.: 0043/512/58 63 35 28
Fax: 0043/512/58 63 356

53. Kongreß der DGGG – Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtskunde
13.-16. Juni 2000, München, FCM
Organisationsbüro: Congress Project Mangement GmbH, Letzter Hasenpfad 61, 60598 Frankfurt
Tel.: 069/60 90 95-31, Fax: 069/60 90 95-40

Lifestyle-Kongreß
7.-9. Dezember 2000, Heidelberg
Information: Prof. Dr. med. Thomas Rabe,
Universitäts-Frauenklinik Heidelberg, Voßstr. 9,
69115 Heidelberg

Vorschau

1st World Congress on Women's Mental Health
27.-31. März 2001, Berlin
Information: Mario Lanczik, Md.
University of Erlangen-Nürnberg,
Schwabachanlage 6, 91054 Erlangen
Tel.: 9131/8534 143,
Fax: 9131/8536 592